

SURAT KETERANGAN DOKTER
MEDICAL CERTIFICATE

- ☐ Kehilangan Anggota Gerak/ *Loss of Limbs*
- ☐ Kelumpuhan/ *Paralysis*
- ☐ Poliomyelitis/ *Polyomyelitis*
- ☐ Neuropati perifer berat/ *Severe Periphere Neuropathy*
- ☐ Distrofi Muscular/ *Muscular Dystrophy*
- ☐ Putus Akar Plexus Brachialis/ *Plexus Brachialis Avulsion*

Nama Pasien/ *Patient's Name*

Tanggal Lahir/ *Date of Birth*

No. Rekam Medis/ *Medical Record Number*

Dokter yang terhormat,
Dear Doctor,

Nama tersebut di atas adalah **Tertanggung** PT Prudential Life Assurance atas manfaat yang berkaitan dengan salah satu Kondisi Kritis. Oleh karena itu, kami sangat mengharapkan kerjasama Dokter untuk melengkapi formulir ini.

The name above is insured with PT Prudential Life Assurance. Therefore, we would be grateful for your cooperation in the completion of this form.

Terima kasih atas kerjasamanya.
Thank you.

A. INFORMASI UMUM / *GENERAL INFORMATION*

1. Sejak kapan pasien berkonsultasi dengan dokter untuk Penyakit ini?
Since when have you been the medical attendant of this patient for the illness ?

D	D	M	M	Y	Y
---	---	---	---	---	---

2. Mohon sebutkan Diagnosis Anda secara rinci
Please give us your detailed diagnosis

--

- Kapan diagnosis ini pertama kali ditegakkan?
When the diseases was first diagnosed?

D	D	M	M	Y	Y
---	---	---	---	---	---

3. Apakah gejala / keluhannya yang ada?
What were the patient's main symptoms/complaints?

--

- Sejak kapan gejala dan keluhan dirasakan?
When the main symptoms/complaints first accured?

D	D	M	M	Y	Y
---	---	---	---	---	---

4. Apakah pasien pernah mengalami gejala/keluhan/penyakit yang berhubungan dengan diagnosis saat ini? Mohon jelaskan secara rinci mengenai gejala/keluhan/penyakit tersebut dan tanggal pertama kali dirasakan/didiagnosis.
Had the patient previously experienced any symptoms/complaints/diseases related to the current diagnosis? Please describe in detail about the symptoms/complaints/diseases and the date when it was occurred/ diagnosed.

Tanggal Date	Gejala/Keluhan/Penyakit Symptoms/ Complaints/ Disease

5. Mohon jelaskan hasil pemeriksaan fisik yang dilakukan.
Please describe the results of physical examination.

Tanggal <i>Date</i>	Hasil Pemeriksaan Fisik <i>Physical Examination Result</i>

6. Mohon jelaskan hasil pemeriksaan penunjang yang dilakukan.
Please describe the results of medical tests.

Tanggal <i>Date</i>	Hasil Pemeriksaan Penunjang* <i>Medical Test Result*</i>

*Mohon lampirkan semua hasil pemeriksaan penunjang yang telah dilakukan.

**Please attach all medical test results.*

7. Mohon jelaskan tindakan medis dan pengobatan yang telah diberikan beserta tujuannya.
Please describe any therapy and medical procedure which already given and the aim of such therapy/ procedure

Tanggal <i>Date</i>	Tindakan medis/Pengobatan <i>Medical procedure/Therapy</i>	Tujuan <i>Purpose</i>

8. Apakah penyebab penyakit ini termasuk cacat bawaan?
Is current condition caused by congenital factors?

☐

Ya/Yes

☐

Tidak/No

9. Jika bukan karena kongenital, mohon jelaskan penyebab, faktor resiko, zat yang mengkontaminasi atau hal lain yang mempermudah timbulnya penyakit ini/ *Please describe cause, risk factors, any presence of contamination, or other diseases which precipitate this disease*

Penyebab dan faktor resiko <i>Causes and risk factors</i>	Sejak kapan <i>First detected</i>	Keterangan <i>Remarks</i>

10. Apakah penyebab penyakit diakibatkan oleh HIV?
Is current condition caused by HIV?

☐

Ya/Yes

☐

Tidak/No

11. Apakah penyebab penyakit karena penyalahgunaan alkohol?
Is current condition caused by alcohol abused?

☐

Ya/Yes

☐

Tidak/No

12. Mohon berikan nama dan alamat dokter / spesialis / rumah sakit yang pernah dikunjungi oleh pasien sebelumnya. *Please give us the name and address of general practitioner / specialists / hospitals visited by the patient before he/she was under your treatment.*

--

B. RINCIAN MEDIS / *MEDICAL DETAILS*

1. Mohon jelaskan sejauh mana tingkat defisit neurologis maupun gangguan intelektual Tertanggung.
Please describe the extent of the neurological deficits as well as the intellectual disorder of the patient.

Tanggal <i>Date</i>	Tingkat Defisit Neurologis dan atau Gangguan Intelektual <i>Neurological deficit and or intellectual disorder</i>

2. Mohon jelaskan lokasi dan manifestasi lesi dari sistem syaraf sensorik/motorik/daerah lain di otak/batang otak.

Please describe the location and manifestation of the lesion in the sensoric nerve system/motoric/ or other areas in the brain/brain stem.

Lokasi Lesi <i>Location of lesion</i>	Manifestasi Lesi <i>Manifestation of lesion</i>

3. Mohon beri tanda pada hal-hal dimana terdapat ketidakmampuan total pada pasien untuk menjalaninya (dengan atau tanpa bantuan) setidaknya selama 6 (enam) bulan terus menerus.

Please tick in the boxes if there are patient's inabilities to perform (whether aided or unaided) for a continuous period of 6 (six) months.

☐

Mandi / *Bathing*

☐

Berpindah / *Mobility*

☐

Berpakaian / *Dressing*

☐

Buang air / *Toileting*

☐

Beralih tempat / *Transferring*

☐

Menyuap / *Feeding*

• **KEHILANGAN ANGGOTA GERAK/ *PARALYSIS* dan KELUMPUHAN / *LOSS OF LIMBS***

1. Sebutkan anggota tubuh yang mengalami kehilangan fungsi secara total dan tetap :

Please state the part of body occurred total function diasbility :

☐

Tungkai kanan/*Right Leg*, MMT*: ...

☐

Tungkai kiri/*Left Leg*, MMT*: ...

☐

Lengan kanan/*Right Arm*, MMT*: ..

☐

Lengan kiri/*Left Arm*, MMT*: ...

☐

Mata Kanan/*Right Eyes*, Visus: .../...

☐

Mata Kiri/*Left Arm*, Visus: .../...

☐

Lainnya, mohon sebutkan

Others, please explain :

**MMT : Manual Muscle Testing*

2. Apakah kondisi yang dialami merupakan kehilangan secara total dan menetap ?

Are the conditions happen is loss in total and irrecoverable ?

☐

Ya/Yes

☐

Tidak/No

3. Mohon jelaskan penyebab terjadinya kehilangan anggota gerak tersebut

Please explain the causes of limb loss

☐

Kecelakaan / *Accident*

☐

Amputasi medis / *Amputation of medical*

☐

Penyakit saraf tulang belakang / *Sickness of the spinal cord*

☐

Guillain – Barre Syndrome

☐

Pencederaan oleh diri sendiri / *Self-inflicted injuries*

☐

Lainnya / *Others*

• POLIOMYELITIS DAN NEUROPATI PERIFER

1. Apakah telah terjadi hal-hal berikut ? *Did these matters happen ?*

☐

Kelemahan motorik secara signifikan / *Motoric weakness significantly*

☐

Fasikulasi / *Fasciculation*

☐

Pelemasan otot / *Muscle*

relaxation

2. Apakah neuropati perifer berat tersebut disebabkan oleh salah satu berikut :

Is perifer neuropathy caused by :

☐

Diabetes Mellitus

☐

Riwayat Alkohol / *Alcohol History*

☐

Lainnya/ *Others*

3. Apakah penderita memerlukan alat bantu jalan atau kursi roda ?

Does the patient requires a walker or a wheelchair ?

☐ Ya/Yes

☐ Tidak /No

4. Apakah pasien mengalami kelumpuhan akibat infeksi virus polio ?
Did the patient suffer paralysis of virus infection of polio ?

☐ Ya/Yes

☐ Tidak /No

5. Apakah ada kelainan yang menetap dari :
Are there any persisting signs of involvement of:

- Gangguan fungsi motorik.

☐ Ya/Yes

☐ Tidak /No Function trouble of motorik.

- Perburukan fungsi pernapasan.

☐ Ya/Yes

☐ Tidak /No Function trouble of motorik.

• **DISTROPI MUSKULAR / for *MUSCULAR DYSTROPHY***

1. Apakah kondisi yang diderita termasuk kelainan otot yang mengakibatkan kemunduran fungsi otot ? *Are there any myopathy degenerative ?*

☐ Ya/Yes

☐ Tidak /No

2. Mohon beri tanda pada kelainan yang terjadi / *Please indicate type of defect*

☐ Kelemahan / *Weakness*

☐ Penciutan otot / *Muscle Atrophy*

3. Mohon lampirkan dan jelaskan hasil pemeriksaan elektromiografi (EMG)
Please attach and explain electromyography (EMG) examination

• Untuk Penyakit **PUTUS PLEXUS BRACHIALIS/ for *PLEXUS BRACHIALIS AVULSION***

1. Apakah terjadi hilangnya penggunaan fungsi dan sensorik total dan permanen dari ekstremitas atas?

Is there any total and permanent function loss of upper extremities?

☐ Ya/Yes

☐ Tidak /No

2. Apakah disebabkan oleh avulsi 2 (dua) atau lebih akar saraf plexus brachialis karena kecelakaan atau cedera?

Is it caused by 2 (two) or more root avulsion of brachial plexus from accident or injury?

☐ Ya/Yes

☐ Tidak /No

3. Apakah telah dilakukan pemeriksaan elektordiagnostik?
Is there electrodiagnostic examination has been done?

☐ Ya, mohon jelaskan hasilnya
Yes, please explain the result

☐ Tidak, mohon jelaskan alasannya
No, please explain the reason

Saya dengan ini menyatakan bahwa semua keterangan tersebut di atas adalah benar sejauh pengetahuan yang saya miliki dan yakini.

I hereby declare that the foregoing answers are each and all true to the best of my knowledge and belief.

Nama Dokter
Name of Doctor

Alamat dan Stempel Rumah Sakit
Address and Stamp of the Hospital

Spesialisasi
Specialisation

Tanggal
Date

Tanda Tangan
Signature